

Características del labio y paladar hendido en un Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva.

Medina-Aguilar Samuel,* Bracamontes-Campoy Carlos E.,** Galván-Salcedo María Guadalupe,**
Mendoza-Roaf Patricia L.* Gómez-Rodríguez Héctor A*.

Resumen

El objetivo del presente estudio fue determinar la frecuencia de labio y paladar hendido en un Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva. Fue un diseño observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal, donde se evaluaron los expedientes clínicos de los pacientes atendidos en el periodo comprendido de 2007-2013. Para el análisis se utilizaron métodos estadísticos de frecuencia, porcentajes y media aritmética. La muestra fue de 1,088 casos, de los cuales el 56% correspondió al sexo masculino y 44% al femenino; 631 (58%) presentó labio y paladar hendido combinado, resultando más afectados los hombres (395) que las mujeres (236); 301 (28%) fueron de paladar hendido aislado, encontrándose más casos en las mujeres (181) que en los hombres (120). Lo contrario ocurrió con el labio hendido aislado, ya que de los 156 casos encontrados 93 correspondieron a los hombres. Se concluye que en el sexo masculino la presencia del labio y paladar hendido es más frecuente.

Palabras clave: Labio y paladar hendido, incidencia.

Abstract

The aim of this study was to determine the incidence of cleft lip and palate in the Jalisco Institute of Reconstructive Surgery. It was an observational, descriptive, retrospective cross-sectional design where the clinical records of patients treated in the period 2007-2013 were evaluated. Statistical methods for analyzing frequency, and arithmetic mean percentages were used. The sample was 1,088 cases, of which 56% were male and 44% female; 631 (58%) had combined cleft lip and palate, resulting most affected men (395) women (236); 301 (28%) were isolated cleft palate, finding more cases in women (181) than men (120). The opposite occurred with isolated cleft lip because of the 156 cases found 93 corresponded to men. It is concluded that in the presence of the male lip and palate is more frequent.

Keywords: Cleft lip and cleft palate, incidence.

Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de ciencias de la Salud.

*Departamento de Odontología para la Preservación de la Salud.

** Departamento de Clínicas Odontológica Integral.

Correspondencia: Samuel Medina Aguilar. E-Mail: samaguilar460@hotmail.com

Recibido: Agosto 2016 Aceptado: Enero 2017

Introducción

Las enfermedades bucales de mayor prevalencia, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), son la caries dental y la enfermedad periodontal; las de frecuencia media son las anomalías cráneo-facio-dentales y mal oclusiones; las de frecuencia variable son el cáncer oral, las alteraciones de tejidos bucales, los traumatismos maxilofaciales y la fluorosis dental.¹

Los defectos al nacimiento son un conjunto de condiciones que alteran la estructura anatómica y/o el funcionamiento, que incluye los procesos metabólicos, del ser humano y pueden estar presentes desde el momento de la concepción y manifestarse in útero, al nacimiento o en etapas posteriores del crecimiento y desarrollo.²

La fisura labio palatina fue declarada por la OMS, en el año 1954, un problema de salud pública, según los postulados de Sinaí, y ocupa actualmente

el tercer lugar dentro de las 15 malformaciones más comunes de cabeza y cuello.³

Los defectos congénitos, como el labio y el paladar hendido, se dan en uno de cada 500-700 nacimientos. La prevalencia de nacimiento varía sustancialmente entre los distintos grupos étnicos y zonas geográficas.⁴

Se han investigado extensamente las causas de las hendiduras faciales y en la mayoría de los casos se desconoce y casi nunca puede identificarse un solo factor etiológico. Es importante distinguir entre las hendiduras aisladas (en los que el paciente no tiene otros problemas de salud) y las hendiduras asociados con trastornos o síndromes congénitos del desarrollo, los síndromes suponen aproximadamente el 15% de casos de labio fisurado y paladar.⁵

Su origen atribuye en un 10% a factores ambientales, otro 10% a factores genéticos y el restante 80% es la combinación de factores ambientales y genéticos.⁶ Se habla de una etiología multifactorial.

La etiopatología de la fisura labio palatina se asocia a la herencia poligénica o multifactorial, que a su vez se asocia al resultado de interacciones complejas entre un número variable de genes menores. Estos actúan de manera aditiva (poligénica), generalmente de acción y número difícilmente identificables. A esta actividad se le denomina predisposición genética y puede ser afectada por factores ambientales.⁶

Se ha encontrado una relación muy clara entre el estado socioeconómico y la aparición de anomalías labio-palatinas; un alto porcentaje de los pacientes son desnutridos. Las enfermedades eruptivas durante el primer trimestre de la gestación, así como el consumo indiscriminado de antibióticos y antieméticos, deficiencias de vitamina A, riboflavina, ácido fólico; la hipoxia y el uso de corticosteroides, también se deben considerar en la etiología de estas malformaciones.⁵

Entre los síndromes cromosómicos como el síndrome de down o trisomía 21, y el de Turner, los monogénicos autosómicos recesivos como el síndrome de meckel, o dominantes como el Apert o el de Teacher Collins; ligados al cromosoma X como el síndrome oro-digito-facial o de etiología desconocida como la secuencia de Pierre-Robin. Casi el 50 % de casos de paladar hendido aislado.⁵ Contreras et. al. realizaron un estudio transversal y retrospectivo realizado en nacido vivos con hendidura orofacial no sindrómica. Las variables fueron: labio y/paladar hendidos sexo y año de nacimiento: se revisaron los expedientes clínicos de los nacidos con labio y/o paladar hendidos y se clasificaron de acuerdo con kernahen- stark. Los resultados mostraron que en el periodo de tiempo estudiado nacieron vivos 24.043 niños. En el año 2008 hubo 9 casos (1.01 x 1,000 nv): 7 niños y 2 niñas. En el año 2009 se registraron 4 casos (0.54 x 1,000 nv); 3 niños y 1 niña. En el 2010 se observaron 11 casos (1.42 x 1000 nv): 7 niños y 4 niñas. Las tasas de incidencia fueron mayores en los hombres.⁷

Flores y cols. realizaron un estudio descriptivo que consistió en revisar los expedientes de neonatos vivos o muertos que tuvieron alguna malformación interna o externa. La patología más frecuente fue labio y paladar hendido en 52 casos, después los apéndices auriculares y de la línea trago-oral en 33 casos y el síndrome de Down en 31. En aparatos o sistemas los más afectados fueron el músculo esquelético en 277 ocasiones, luego piel y anexos en 80, y el sistema nervioso central en 77. Es primordial implantar o mantener registros locales que a su vez puedan alimentar bases de datos regionales para tener un panorama epidemiológico de las malformaciones. Concluyeron que la malformación más frecuente fue la de labio y paladar hendido.⁸

González, et. al. (2011) realizaron un estudio ecológico utilizando datos de la incidencia de Labio y Paladar Hendido (LPH). También se incluyó información en cuanto a aspectos sociodemográficos, socioeconómicos y de contaminación, obtenida de instituciones públicas gubernamentales. Se utilizó como variable dependiente la tasa de incidencia del LPH, y como variables independientes los indicadores socioeconómicos, sociodemográficos y de contaminación. En el análisis se utilizaron las pruebas de correlación de Spearman y de la χ^2 . Durante el período estudiado se presentaron 10.573 nuevos casos de LPH (promedio de 1.510,43 por año).⁹

Méndez y López determinaron las patologías que prevalecen en pacientes hospitalizados con labio leporino y/o paladar hendido del Hospital Materno-Infantil "Germán Urquidí", (julio 2007- agosto 2011), además la relación con el sexo, procedencia y tipos de paladar hendido y/o labio leporino de los pacientes.¹⁰

Chavarriga y González (2010) realizaron una revisión bibliográfica de La literatura biomédica buscada en varias bases de datos como Medline, Proquest, Science Direct, Ovidio y Cochrane, y también se buscó información disponible en los sitios web de revistas nacionales e internacionales y encontraron que la incidencia de hendiduras orales en México, principalmente en áreas endémicas como Campeche, Chiapas, Hidalgo,

Oaxaca y Guerrero, que oscila entre rangos de 1/600 ó 1/1.000 nacidos vivos.¹¹

Escoffié y cols. el 90.9 % de los pacientes presento labio y paladar hendido, ya sea uni o bilateral. El tipo de defecto más común que el labio y paladar hendido izquierdo (33.6 %). Este estudio demuestra la existencia de las desigualdades socioeconómicas en salud bucal, observándose que los sujetos de menor posición socioeconómica presentan mayor riesgo de tener LPH. También encontraron que el tipo de LPH se presenta más frecuente en el lado izquierdo.¹²

Alarcón encontró en 2010 que en México ocurre 1 caso por cada 850 nacidos, 9.6 casos nuevos por día, y 3,521 casos al año. Los mexicanos afectados de labio y paladar hendido son 139,000. El 70% de los labios hendidos unilaterales se asocia con paladar hendido y el 85% de los labios hendidos bilaterales se asocia con paladar hendido.¹³

Duque y cols. realizaron un estudio descriptivo en menores con labio y paladar fisurados, la población de estudio fueron 192 menores de 14 años, la presente investigación determinó que el labio y paladar unilateral izquierdo fue la fisura que se presentó con mayor frecuencia en el género masculino.¹⁴

Materiales y Métodos

El tipo de estudio fue observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal, donde se evaluaron los expedientes clínicos de los pacientes atendidos en un Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva que reunieron los criterios de inclusión, en el periodo de tiempo comprendido de 2007-2013.

Se diseñó un instrumento para registrar los datos producto del trabajo de campo donde se registró la presencia y tipo de malformación (labio hendido aislado, paladar hendido aislado, labio y paladar hendido derecho o izquierdo, completo o incompleto, unilateral o bilateral, otra malformación o síndrome), así como el sexo y el Estado procedente del paciente. Para el análisis se utilizaron los métodos estadísticos de frecuencia, porcentajes y media aritmética.

Resultados

La muestra estuvo constituida por 1,088 casos de los cuales el 56% correspondió al sexo masculino y el 44% al femenino. De los 1,088 casos encontrados 631 (58%) presentó labio y paladar hendido combinado, con respecto al sexo, en el masculino (395) presento más casos que el femenino (236), 301(28%) casos fueron de paladar hendido aislado, encontrándose más casos en las mujeres (181) que en los hombres (120). Lo contrario ocurrió con el labio hendido aislado, ya que de los 156 casos encontrados 93 correspondieron a los hombres y 63 a las mujeres.

De los 631 casos de labio y paladar hendido combinado, 371 presentó labio y paladar hendido unilateral completo, en los que el sexo masculino predominó con 240 casos (62%) contra 131 del femenino, 165 (26%) casos pertenecieron al labio y paladar hendido bilateral completo donde el sexo masculino tuvo 115 casos (29%) y el femenino 50 (21%), 81 (13%) casos de labio y paladar hendido unilateral incompleto, correspondiendo 34 (9%) al sexo masculino, y 47 (20%) casos al femenino y sólo 14 (2%) casos de labio y paladar hendido bilateral incompleto, de los cuales 1 caso (0.3%) correspondió al sexo masculino y 13 (5%) al femenino (Tabla 1).

De los 464 casos de labio y paladar hendido unilateral, 304 (67%) correspondieron al lado izquierdo, predominando el sexo masculino con 190 (70%) casos. 148 (33%) correspondieron al lado derecho, predominando también el sexo masculino con 83 (30%) casos.

Tipo	Masculino		Femenino		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
L.P.H. unilateral completo	240	62	131	54	371	59
L.P.H. Bilateral completo	115	29	50	21	165	26
L.P.H. unilateral incompleto	34	9	47	20	81	13
L.P.H. Bilateral incompleto	1	0.3	13	5	14	2
Total	390	100	241	100	631	100

De los 301 casos de paladar hendido aislado 261 (86.7%) correspondieron al paladar hendido secundario, donde predominó el sexo femenino con 156 (86%); el paladar hendido submucoso tuvo 39 casos (13%), el sexo femenino predominó con 25 (14%) casos y el paladar hendido primario 1 (0.3) caso en el sexo masculino.

De los 156 (100%) casos de labio hendido aislado en el que el labio hendido unilateral incompleto predominó con 87 (55.8) casos, de los cuales el sexo masculino tuvo 53 (57%) y el femenino 34 (54%), el labio hendido unilateral completo con 57 (36.5%) casos donde el sexo masculino tuvo 33 (35%) y el femenino 24 (38%), el labio hendido bilateral con 12 (7.7%) casos de este el sexo masculino tuvo 7 (8%) casos y el femenino 5 (8%) casos.

Discusión

Los resultados obtenidos en esta investigación reflejan la incidencia de labio y paladar hendido en un Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva, en el cual se presentaron 1,088 casos en ambos sexos, de los cuales 608 (56%) correspondieron al sexo masculino y 479 (44%) al femenino; superando los hombres a las mujeres con 129 (12%).

Al comparar los resultados de la presente investigación de acuerdo a la frecuencia y sexo con los reportes de otros estudios similares en otras poblaciones y lugares, se encontró que la frecuencia es mayor a la publicada por Méndez & López (2011) que determinaron las patologías que prevalecieron en pacientes hospitalizados con labio leporino y/o paladar hendido del Hospital Materno-Infantil "Germán Urquidi", de Bolivia, en un lapso de tiempo de 5 años, los cuales encontraron 28 historias clínicas (15 hombres y 13 mujeres) diagnosticados con labio leporino y/o paladar hendido.¹⁰

Así mismo, con los resultados de Flores *et. al.* (2011) que realizaron un estudio descriptivo con revisión de los expedientes de neonatos vivos o muertos que tuvieron alguna malformación interna o externa, donde la frecuencia mayor fue ocupada por las del labio y paladar hendido con 52 casos; al igual que Contreras *et. al.* (2012) que realizaron

un estudio transversal y retrospectivo realizado en nacido vivos con hendidura orofacial no sindrómica, en el periodo de 2008 a 2010, encontrando en dicho periodo 24 casos, concluyendo que la incidencia de LPH según el sexo es mayor en varones que en las mujeres.^{7,8}

También son considerados menores a los publicados por Duque y *et. al.* (2002) en su investigación concluyeron que el género más afectado fue el masculino.¹⁴

Respecto al tipo de malformación 631 (58 %) del total de casos correspondieron al labio y paladar hendido (L.P.H) combinado, 301 (28%) al paladar hendido aislado y 156 (14%) al labio hendido aislado. De acuerdo al lado de la cara en el que se presentó la anomalía el L.P.H. unilateral completo el izquierdo predominó con 304 (67%). Coincidiendo con el tipo malformación con Duque y *et. al.* (2002) que determinaron que, el labio y paladar unilateral izquierdo fue la fisura que se presentó con mayor frecuencia en su investigación; y con Escoffié y *et. al.* (2010) con el tipo malformación mas no, con la frecuencia que supero a la encontrada en Jalisco, ya que el 90.9% de los pacientes que evaluaron presentó labio más paladar hendido al mismo tiempo, ya sea uni o bilateral. El estudio demuestra que el tipo de LPH se presenta más frecuente en el lado izquierdo. Así mismo con ^{12,14}

Más de la mitad de los casos encontrados correspondieron al sexo masculino. En relación con los diferentes tipos de malformación, los casos combinados fueron más frecuentes, seguido por el paladar hendido aislado y con una menor frecuencia el labio hendido aislado. En los casos de L.P.H combinado, el unilateral completo se presentó en la mayoría de los casos, siendo más frecuente en hombres, predominando el lado izquierdo; el bilateral completo estuvo más presente en las mujeres. El paladar hendido aislado fue más común en el sexo femenino. Respecto al labio hendido aislado, el unilateral incompleto se presentó con más frecuencia.

Referencias

1. Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales.
2. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-034-SSA2-2010, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. Disponible en: http://dof.gob.mx/DOFmobile/nota_detalle_popup.php?codigo=5273592
3. Cruz Y, Pérez M, De León N, Suarez F, Llanes M. Antecedentes de enfermedades maternas en pacientes con fisura de labio y /o paladar en la ciudad de La Habana. *Rev Cubana Estomatol.* 2009; 46 (2): 1-10.
4. Sola B, Seromo M, OMS. Día mundial de la salud bucodental. *Crónica.com.mx.* disponible en: <http://www.cronica.com.mx/notas/2014/822899.html>
5. James R. Hupp, Edward Ellis III, Myron R, Tucker. *Cirugía, maxilofacial contemporánea*, 5° edición, Barcelona editorial, editorial Elsevier Mosby. 2010.
6. Bordoni N, Escobar A, Castillo R. *Odontología pediátrica salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual.* Argentina. Editorial medica Panamericana. 2010.
7. Contreras-Acevedo F, Medina-Solís C, Martínez-Mendoza S, Pontigo-Loyola A, Estrada-Meráz H, Escoffié-Ramírez M. Incidencia de labio y paladar hendido en el Hospital General "Dr. Aurelio Valdivieso" del estado de Oaxaca de 2008 a 2010. *Cir Cir* 2012;80 (4):339-344.
8. Flores-Nava G, Pérez-Aguilera T, Pérez-Bernabé M. Malformaciones congénitas diagnosticadas en un hospital general Revisión de cuatro años. *Acta Pediátrica de México.* 2011; 32(2): 101 – 106.
9. González-Osorio CA, Medina-Solís CE, Pontigo-Loyola AP, Casanova-Rosado JF, Escoffié-Ramírez M, Corona-Tabares MG et al. Estudio ecológico en México (2003-2009) sobre labio y/o paladar hendido y factores sociodemográficos, socioeconómicos y de contaminación asociados. *Anales de Pediatría.* 2011 Jun; 74(6):377-387.
10. Méndez A, López E. Patologías prevalentes en hospitalizados con Labio Leporino y/o Paladar Hendido del Hospital Materno-Infantil Germán Urquidí. *Revista Científica de Ciencias Médicas.* 2011; 14 (2): 16 –19.
11. Chavarriga J, González M. Prevalencia de labio y paladar hendido: Aspectos generales que se deben conocer. Revisión bibliográfica. *Rev Nal Odo UCC.* 2010; 6 (11): 70 - 81
12. Escoffié-Ramírez M, Medina-Solís C, Pontigo-Loyola A, Acuña-González G, Casanova-Rosado J, Colomé-Ruiz G. Asociación de labio y/o paladar hendido con variables de posición socioeconómica: un estudio de casos y controles. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2010; 10 (3): 323– 329.
13. Alarcón-Almanza J. Labio y paladar hendido. *Revista mexicana de anesthesiología.* 2010; 33 (Supl. 1): S76-78.
14. Duque A, Estupiñán B, Huertas P. Labio y paladar fisurados en niños menores de 14 años. *Colombia Médica.* 2002; 33 (3): 108 – 112.